



## WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 12 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

## СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 12 ЛЕТ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)

ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ
АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок завтракает каждый день. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо учится в школе. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У моего ребенка есть близкий друг (друзья).		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок должным образом справляется со стрессом, гневом, разочарованием. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____  Sleep _____ <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Review Immunization Record
Screening: Development              N    A Behavior                  N    A Social/Emotional        N    A Vision                    R 20/_____ L 20/_____ MHZ                     R                            L Hearing                  4000                        _____ 2000                        _____ 1000                        _____ 500                            _____		Health Education: (Check all completed) <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Adequate Sleep <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Seat Belt <input type="checkbox"/> Helmets <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Regular Physical Activity <input type="checkbox"/> Puberty <input type="checkbox"/> Parenting Issues <input type="checkbox"/> After school supervision <input type="checkbox"/> School Issues <input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol
Physical: General appearance      N    A Skin                      N    A Head                      N    A Eyes                      N    A Ears                      N    A Nose                      N    A Oropharynx/Teeth       N    A Neck                      N    A Nodes                      N    A Mental Health           N    A		Assessment: _____  Chest                      N    A Lungs                      N    A Cardiovascular/Pulses   N    A Abdomen                   N    A Genitalia                N    A Spine                      N    A Extremities              N    A Neurological            N    A Gait                      N    A
Describe abnormal findings:		IMMUNIZATIONS GIVEN
		REFERRALS
NEXT VISIT: 14 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (12 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening.

### **Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen**

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

### **Total Cholesterol/Lipoprotein Screens**

- Screen children with a parent or grandparent with premature (before age 55) cardiovascular disease.
- Recommend lipoprotein screen for children with a total cholesterol equal to or greater than 170 on two tests with a parent whose cholesterol is greater than or equal to 249 mg/dl.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 12 ЛЕТ

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 12 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

## СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 12 ЛЕТ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)

ИМЯ РЕБЕНКА			ДАТА РОЖДЕНИЯ
АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ			
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок завтракает каждый день.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо учится в школе.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок должным образом справляется со стрессом, гневом, разочарованием.	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> У моего ребенка есть близкий друг (друзья).		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.	
ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ	Питание _____ Сон _____ <input type="checkbox"/> Направление к стоматологу <input type="checkbox"/> Туберкулез <input type="checkbox"/> Холестерин <input type="checkbox"/> Проверка карты прививок Санитарное просвещение: (отметьте пройденные темы) <input type="checkbox"/> Питание <input type="checkbox"/> Уход за зубами <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Достаточный сон <input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Ремни безопасности <input type="checkbox"/> Шлемы <input type="checkbox"/> Курение <input type="checkbox"/> Регулярная физическая нагрузка <input type="checkbox"/> Половое созревание <input type="checkbox"/> Проблемы воспитания детей <input type="checkbox"/> Наблюдение после школы <input type="checkbox"/> Школьные проблемы <input type="checkbox"/> Наркотики/алкоголь
Обследования: Развитие		Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>	
Поведение		<input type="checkbox"/>	
Социальное/ эмоциональное развитие		<input type="checkbox"/>	
Зрение	Прав. 20/ МГц	Лев. 20/ Прав.	Лев.
Слух	4000		
	2000		
	1000		
	500		
Нарушения:			
Общий внешний вид	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>	Грудная клетка <input type="checkbox"/>
Кожа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Легкие <input type="checkbox"/>
Голова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/ пульс <input type="checkbox"/>
Глаза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Живот <input type="checkbox"/>
Уши	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Половые органы <input type="checkbox"/>
Нос	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Позвоночник <input type="checkbox"/>
Ротовая полость/зубы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Конечности <input type="checkbox"/>
Шея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние <input type="checkbox"/>
Лимфатические узлы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Походка <input type="checkbox"/>
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Опишите выявленные нарушения:			
<hr/> <hr/> <hr/>			
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ			
НАПРАВЛЕНИЯ			
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 14 ЛЕТ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	

## Здоровье вашего ребенка в 12 лет

### Важнейшие моменты

#### Как развивается ваш ребенок в возрасте от 12 до 14 лет.

У большинства детей вторые коренные зубы (задние зубы) появляются в возрасте 12-13 лет. Проконсультируйтесь со своим стоматологом о пломбах. Ребенок должен ежедневно чистить зубы зубной нитью.

В возрасте 12-14 лет у большей части девочек появляются небольшие груди, волосы на лобке и начинаются менструации.

В возрасте 12-14 лет у большей части мальчиков появляются волосы на лобке. Кожа на половом члене и мошонке может изменить свой цвет.

Многие мальчики в возрасте от 12 до 15 лет в какой-то момент переживают период интенсивного роста. Их голос может измениться, а на лице появиться первая растительность.

**Эти изменения в организме не происходят у всех детей в одно и то же время. Это может беспокоить ребенка. У каждого человека созревание происходит в свое время. Если у детей не начинают происходить изменения, связанные с созреванием, до 14 лет, то поговорите об этом со своим врачом.**

### Помощь или подробная информация

**Информация о прививках:** информация о программе «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) и направления по телефону 1-800-322-2588.

**Информация для подростков по вопросам полового развития и воспитания:** [www.teenwire.com](http://www.teenwire.com).

Церкви, школы или общественные колледжи могут предложить занятия, посвященные разрешению конфликтов или умению справляться с гневом. Данные навыки могут быть полезными для детей, вступающих в подростковый период.

### Советы по сохранению здоровья

В этом возрасте вашему ребенку будут необходимы повторные иммунизации. Проконсультируйтесь с врачом, чтобы быть полностью уверенными, что вашему ребенку сделаны все необходимые прививки.

В этом возрасте вес и рост ребенка могут меняться очень быстро. Ребенку нужны дополнительные занятия физическими упражнениями, кроме школьных уроков физкультуры. Также немаловажно правильное питание.

### Советы по воспитанию детей

Когда ребенок становится юношей (девушкой), в его организме происходит множество изменений. Это может быть волнующим и в то же время может пугать ребенка. Ребенок может быть более эмоциональным, а иногда грубым или раздраженным.

По мере того как в организме ребенка происходят эти изменения, поговорите о них с ребенком. Скажите ему, что это нормально – он становится взрослым.

Поговорите с ребенком о сексуальных ощущениях. Он должен знать, что это нормально. Обсуждая с ребенком вопросы секса и полового развития в более раннем возрасте, вам будет легче говорить с ним об этом в дальнейшем.

Ваш ребенок переживает умственное развитие. Вы можете помочь ему развивать сообразительность, задавая вопросы, касающиеся решения задач.

Если ребенок часто грустит, нервничает или озабочен тем, что у него что-то не ладится, то поговорите с ним о его чувствах. При необходимости помогите ему найти консультанта.

В этом возрасте ребенку следует научиться приемам оказания первой медицинской помощи и сердечно-легочной реанимации.

### Советы, касающиеся безопасности

Часто подросткам предлагают закурить, попробовать алкоголь или наркотики. Учите ребенка говорить «нет». Сделайте так, чтобы он был готов к этому.

Учите ребенка безопасному обращению с огнестрельным оружием. Дети ни в коем случае не должны играть с оружием. Научите их держаться подальше от друзей, у которых есть оружие. Если вы держите огнестрельное оружие дома, храните его в незаряженном состоянии и запирайте в надежном месте.